Szczecin, …………………………………….

……………………………………………………….......

(imię i nazwisko)

**……………………………………………………………..**

(tytuł zawodowy)

**……………………………………………………………..**

(adres)

**……………………………………………………………**

(telefon kontaktowy)

**………………………………………………………………**

(adres mailowy)

**…………………………………………………………….**

(PESEL)

**…………………………………………………………….**

(Jednostka organizacyjna/Zakład pracy)

**Tryb postępowania: Studia Doktoranckie**

**Przewodnicząca Rady Naukowej**

**Dyscypliny Nauki o Zdrowiu**

**Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego**

**w Szczecinie**

**WNIOSEK O WSZCZĘCIE POSTĘPOWANIA I WYZNACZENIE PROMOTORA**

Zwracam się z prośbą o wszczęcie i wyznaczenie promotora w postępowaniu doktorskim.

Wstępna propozycja tytułu rozprawy doktorskiej: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Propozycja **promotora** rozprawy doktorskiej:

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………

*(tytuł naukowy, imię i nazwisko promotora)*

z Katedry/Kliniki/Zakładu ……………………………………………………………………………………………………….

Propozycja **promotora** **pomocniczego** rozprawy doktorskiej:

……………………………………………………………………………………………………………………………………

*(tytuł naukowy, imię i nazwisko promotora)*

z Katedry/Kliniki/Zakładu ……………………………………………………………………………………………………….

Jednocześnie oświadczam, że ubiegałem(am) / nie ubiegałem(am)\* się o wszczęcie postępowania doktorskiego w innych jednostkach.

 (podpis kandydata)

……………………………………………………….
(zgoda proponowanego promotora)

……………………………………………………….
(zgoda proponowanego promotora pomocniczego)

\*niepotrzebne skreślić

**Decyzja Przewodniczącej Rady Naukowej:**

Wyznaczam promotora:

Wyznaczam promotora pomocniczego:

………………………………………………………….

(data i podpis Przewodniczącej Rady

Naukowej Dyscypliny Nauki o Zdrowiu)

**Obowiązek Informacyjny Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie
w postępowaniu doktorskim**

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) zostałem/am poinformowany/a że:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie z siedzibą w Szczecinie, ul. Rybacka 1, 70-204,
2. kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego wSzczecinie możliwy jest pod numerem tel. 91 4800790 lub adresem email: iod@pum.edu.pl,
3. moje dane osobowe będą przetwarzane w celu otwarcia postępowania doktorskiego oraz jego realizacją,
4. podane dane będą przetwarzane w celach określonych w pkt 3) na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,
5. moje dane osobowe będą udostępniane podmiotom uprawnionym na mocy przepisów prawa oraz podmiotom świadczącym usługi dla Administratora, w szczególności informatyczne, marketingowe, prawne, windykacyjne, transportowe, kurierskie, pocztowe i niszczenia dokumentów,
6. moje dane osobowe będą przetwarzane wieczyście na podstawie obowiązujących przepisów prawa,
7. konieczność podania przeze mnie danych osobowych wynika z ustawy z dnia 14 marca 2003 r. z późniejszymi zmianami o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki i rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 19 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego trybu i warunków przeprowadzenia czynności w przewodzie doktorskim, w postępowaniu habilitacyjnym oraz w postępowaniu o nadanie tytułu profesora, i ustawy z dnia 20.07.2018 r. Prawo o Szkolnictwie Wyższym i Nauce.
8. posiadam prawo do żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
9. mam prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, czyli Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

 (miejscowość, data) (czytelny podpis)